

University of Groningen

Patterns of mental health care. Methods & international comparative research

Systema, Sjoerd

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1994

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Systema, S. (1994). Patterns of mental health care. Methods & international comparative research. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

PATRONEN VAN ZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDS ZORG:

Methoden en internationaal vergelijkend onderzoek

SAMENVATTING

Twee vragen liggen ten grondslag aan de studies, veelal reeds elders gepubliceerd, waarvan in dit proefschrift verslag wordt gedaan. De eerste, epidemiologische vraag is hoeveel mensen uit een omschreven geografisch gebied gebruik maken van voorzieningen voor de Geestelijke Volksgezondheid. Dit aantal wordt dikwijls omschreven als de administratieve prevalentie van psych(iatr)ische problematiek. De tweede vraag heeft betrekking op de wijze waarop degenen die in contact komen met de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) daarvan gebruik maken. Dit noemen wij het onderzoek naar de patronen van zorg in de GGZ.

Een complicerende factor in de psychiatrie is dat veel patiënten van meer voorzieningen gebruik maken en dikwijls meer dan één episode van zorg meemaken bij dezelfde of bij een andere voorziening. Om desondanks tot een zuivere (zonder dubbeltellingen) prevalentie- of incidentie-schatting te komen en om de patiënten-carrière te kunnen volgen is een psychiatrisch casus register een noodzakelijk instrument. Hierin worden alle contacten van inwoners uit een omschreven geografisch gebied (in ons geval de provincie Drenthe) met alle professionele GGZ voorzieningen geregistreerd, waarbij de gegevens per patiënt worden gekoppeld.

Een andere probleem in de psychiatrie is wat onder een 'geval' moet worden verstaan. De definitie daarvan kan het best worden opgevat als een beslissingsproces. Het inmiddels klassiek geworden filtermodel van Goldberg en Huxley is daarvan een voorbeeld. In dit model worden 5 morbiditeits niveau's onderscheiden. Tussen de niveau's worden filters verondersteld die het selectieproces reguleren van het laagste naar het hoogste niveau. Het eerste niveau geeft de psychische morbiditeit in de bevolking weer. Het deel daarvan dat hulp zoekt bij de huisarts, passeert het eerste filter dat omschreven kan worden als ziektegedrag. Als de huisarts de gepresenteerde klachten herkent als gerelateerd aan psychische problemen (het tweede filter: herkenning door de huisarts) dan is het derde niveau bereikt. Acht de huisarts daarvoor specialistische GGZ hulp noodzakelijk (het derde filter: verwijzing) dan arriveert de patiënt op niveau 4, de GGZ. Op dat moment wordt de patiënt een geval voor het casus register. Acht de behandelaar een opname nodig (het

vierde filter) dan komt de patiënt op het hoogste niveau van het model, de intramurale GGZ. Het model wordt vaak gebruikt om de resultaten van epidemiologisch onderzoek te ordenen. De conclusie die daaruit kan worden getrokken is dat de omvang van psychische problematiek in de bevolking op 20%-30% kan worden geschat, van wie slechts een klein deel bij de GGZ in behandeling komt. In Nederland is het aantal mensen dat jaarlijks contact heeft met GGZ voorzieningen inmiddels gestegen tot ongeveer 4% van de bevolking, hetgeen in vergelijking met andere landen hoog is. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat vooral de ernst van de stoornis het selectieproces beïnvloedt. Derhalve zullen in het algemeen de meest ernstige gevallen de GGZ bereiken. Het overgrote deel van de psychische problemen in de bevolking zal zonder medische hulp worden opgelost. De definitie van een 'geval' in surveys in de bevolking impliceert allerm minst dat er behoefte aan zorg is op GGZ niveau. In hoofdstuk 1 worden deze zaken aan de hand van de literatuur beargumenteerd.

In hoofdstuk 2 komt het Groningse casus register aan de orde, waarmee in 1974 werd gestart met als registergebied Assen (45.000 inwoners), hetgeen in 1986 werd uitgebreid naar de provincie Drenthe (450.000 inwoners). Een centraal probleem is dat de koppeling aan personen van de gegevens, zoals die bij de verschillende instellingen worden verzameld niet op basis van bijvoorbeeld de volledige naam kan geschieden omdat daarmee de persoon traceerbaar zou zijn, hetgeen niet verenigbaar is met de huidige opvattingen over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Daarom wordt er gekoppeld op grond van een aantal identificatievariabelen (geboortedatum; geslacht; eerste letter van de achternaam; woonplaats). Als deze gelijk zijn aan die van een reeds geregistreerde persoon dan veronderstellen wij dat de gegevens van dezelfde persoon afkomstig zijn. In hoofdstuk 2 wordt aangetoond dat dit in ieder geval tot minder dan 5% foute koppelingen leidt.

Een centrale variabele in epidemiologisch onderzoek is de diagnose. In de psychiatrie is de betrouwbaarheid daarvan een (nog) groter probleem dan in andere medische disciplines. In hoofdstuk 3 wordt een betrouwbaarheids studie gepresenteerd, waarin in totaal 103 diagnostische omschrijvingen afkomstig uit drie registers (Groningen, Verona en Nottingham) door 6 beoordeelaars (2 uit elk van de hiervoor genoemde registers) onafhankelijk van elkaar van een ICD-9 code werden voorzien. Aangetoond kon worden dat indien deze codes gegroepeerd worden in een beperkt aantal hoofd-categorieën, de 'inter-rater agreement' bevredigend is. In de studies die vervolgens in het proefschrift aan de orde komen is ook uitsluitend van deze hoofdgroepen

gebruik gemaakt.

In Hoofdstuk 4 wordt onderzocht in welke mate de kans om opgenomen te worden in een intramurale setting (niveau 5 van het model van Goldberg en Huxley) samenhangt met de omgeving waar men woont (stad of platteland), met socio-demografische kenmerken (geslacht; leeftijd en burgerlijke staat) en met de psychiatrische diagnose. Gevonden werd dat voor alle diagnostische categorieën die in de studie werden betrokken (schizofrenie; affectieve psychosen; verslavingen en neurosen) de kans om opgenomen te worden in de stad hoger is dan op het platteland. Bovendien bleek, eveneens voor alle diagnostische categorieën, dat deze kans lager is voor gehuwden dan voor ongehuwden (inclusief gescheiden en in de weduwstaat). Voor wat betreft de affectieve psychosen en de neurosen, hebben vrouwen een grotere kans om te worden opgenomen dan mannen; voor de verslavingen geldt het omgekeerde. Bij de affectieve psychosen en de verslavingen is de kans op een opname groter voor de ouderen (45+) dan voor de jongeren (<45). Bij de schizofrenen speelt leeftijd alleen een rol in interactie met de burgerlijke staat: Bij de ongehuwden is de kans op een opname groter bij de ouderen; bij de gehuwden juist iets lager.

In hoofdstuk 5 vergelijken we de kans om opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis in twee verschillende gebieden: Drenthe en Oost-Bohemen (Tsjechie). Hoewel het aantal bedden in deze voorzieningen per 1000 van de bevolking van vergelijkbare omvang is zien we duidelijke verschillen in het gebruik ervan. De puntprevalentie in psychiatrische ziekenhuizen is in Drenthe aanzienlijk groter door het veel grotere aantal 'longstay' (langer dan 1 jaar opgenomen) patiënten. De kans om in een jaar opgenomen te worden (de opnameratio) is in beide voorzieningen groter in Oost-Bohemen. De doorstromingsnelheid in beide voorzieningen is in Oost-Bohemen groter, waardoor er jaarlijks meer mensen gebruik van kunnen maken. Per 1000 van de bevolking is de opnameratio in Oost-Bohemen groter voor alle diagnostische categorieën, behalve voor neurosen die in Drenthe twee maal zo hoog is. Voor een deel is het verschil te verklaren door de categoriale voorzieningen die in Drenthe beschikbaar zijn ook in beschouwing nemen. Dan blijkt er voor de organische syndromen geen verschil tussen de gebieden te bestaan; voor de verslavingen wordt het verschil iets gereduceerd. De grotere kans om in Oost-Bohemen door te dringen tot het hoogste niveau in het filtermodel van Goldberg en Huxley komt waarschijnlijk doordat alternatieve voorzieningen, met name extramurale voorzieningen, grotendeels ontbreken.

In hoofdstuk 6 wordt een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken in het onderzoek naar patronen van zorg. Daarin werd het gebruik van voorzieningen vastgelegd in een vooraf vastgestelde classificatie. In het hoofdstuk wordt een aantal daarvan onder de loep genomen. Wij noemen dit een statische methode, omdat het zorggebruik in één score wordt vastgelegd. Daartegenover staat de dynamische methode, nog nauwelijks toegepast in dit type onderzoek, die juist gericht is op veranderingen in het zorggebruik. Dit doet meer recht aan het feit dat patronen van zorg in de moderne GGZ dynamische processen zijn waarin verschillende soorten zorg zich, naargelang de behoefte van de patiënt, in de tijd afwisselen. In hoofdstuk 7 wordt een dynamische methode (op basis van survival analyse) uiteengezet.

De psychiatrie is al enige decennia danig in beweging. De belangrijkste trends die we kunnen waarnemen zijn: deinstitutionalisering; sectorisering en integratie. Daaraan liggen vooral twee principes ten grondslag. Het eerste is dat patiënten zoveel mogelijk in de maatschappij geïntegreerd moeten worden en niet, zoals daarvoor gebruikelijk was, een groot deel van hun leven geïsoleerd moeten doorbrengen in afgelegen psychiatrische ziekenhuizen. Deinstitutionalisering is het proces waarmee dit moet worden gerealiseerd. Het omvat het verminderen van het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen en in plaats daarvan het opbouwen van een netwerk van beschermende woonvormen; dagbehandeling en extramurale zorg. Het tweede principe is dat 'continuïteit van zorg' moet worden geboden, teneinde langdurige hospitalisatie te voorkomen. Sectorisering (dat wil zeggen dat het zorgaanbod gericht is op een omschreven geografisch gebied) en integratie van de verschillende soorten zorg zijn beleidsprocessen die daaraan dienen bij te dragen.

In hoofdstuk 8 en 9 wordt verslag gedaan van vergelijkende studies van patronen van zorg in Zuid-Verona, waar eveneens een psychiatrisch casus register operationeel is, en Drenthe. Het zorgsysteem in Zuid-Verona is volledig gedeinstitutionaliseerd (opnamen in psychiatrische ziekenhuizen zijn bij de wet verboden), gesectoriseerd (het systeem is verantwoordelijk voor alle GGZorg in Zuid-Verona) en geïntegreerd (een team van hulpverleners blijft verantwoordelijk voor een patiënt ongeacht het soort zorg dat de patiënt in de loop van de tijd gebruikt). In Nederland zijn de psychiatrische ziekenhuizen niet gesloten, maar gemoderniseerd. Deinstitutionalisering heeft nog nauwelijks plaatsgevonden, hoewel er wel een uitgebreid aanbod van extramurale zorg is en er ook, zij het in veel geringere mate, een aanbod van beschermende woonvormen en dagbehandeling tot stand is gebracht.

Er is een proces van sectorisatie en integratie gaande, maar de verschillende voorzieningen werken over het algemeen onafhankelijk van elkaar met per soort voorziening vaak verschillende verantwoordelijkheidsgebieden. In tegenstelling tot het systeem in Zuid-Verona, waar hetzelfde team van hulpverleners in de tijd voor een patiënt verantwoordelijk blijft, wordt een patiënt in het Nederlandse systeem van de ene naar de andere instelling verwezen, hetgeen de 'continuïteit van zorg' nauwelijks mogelijk maakt.

In hoofdstuk 8 worden de volledige prevalentie en incidentie jaarcohorten met elkaar vergeleken op grond van twee verschillende maten (zorgconsumptie en zorgduur). Wat betreft de omvang van de prevalentie en de incidentie vonden we dat beide ongeveer driemaal zo hoog waren in het Groningse register gebied (dat ten tijde van de studie nog alleen de stad Assen omvatte). Dit kan alleen maar betekenen dat de capaciteit van de GGZ in Assen aanzienlijk groter is dan die in Zuid-Verona. Overigens bleek de verdeling van de jaarprevalentie naar geslacht, burgerlijke staat en leeftijd in beide gebieden overeen te komen, hetgeen betekent dat in beide gebieden dezelfde socio-demografische risicofactoren een rol spelen (de gescheidenen en de oudere alleenstaanden hebben de grootste kans om in de GGZ door te dringen). Wat betreft de patronen van zorg bleek dat zowel de zorgconsumptie als de zorgduur eveneens aanzienlijk groter waren in Assen. Maar in beide gebieden bleek alleen de diagnose met zowel de zorgconsumptie als de zorgduur samen te hangen. Daaraan kan de conclusie worden verbonden dat vooral het systeem van zorg en klinische factoren het patroon van zorg beïnvloeden en in veel mindere mate omgeving en socio-demografische factoren.

Omdat deinstitutionalisering vooral gericht is op de ernstig gestoorde psychiatrische patiënt, werden in hoofdstuk 9 cohorten uit het Groningse en het Zuid-Veronese register vergeleken met als diagnose: functionele niet affectieve stoornissen (hetgeen ook opgevat kan worden als een brede definitie van schizofrenie). Hierbij werd de dynamische methode, zoals uiteengezet in hoofdstuk 7, toegepast. Gevonden werd dat de patiënten in Zuid-Verona, in de observatieperiode van twee jaar, meer intra-, semi- en extramurale episoden hadden, maar dat de duur daarvan in het Groningse cohort aanzienlijk langer was. Voorts bleek de duur van een episode vooral samen te hangen met de zorggeschiedenis die daaraan voorafging met als indicatoren bijvoorbeeld: De aan de betreffende episode voorafgaande 'state' ; het aantal voorafgaande episoden; de duur van de voorafgaande episode etc. Wat betreft de intramurale episoden bleek tevens de zorggeschiedenis van voor de door

ons geobserveerde periode en ook de burgerlijke staat (de ooit gehuwden hebben korter opnamen) van invloed in zowel het Groningse als het Zuid-Veronese cohort. Hoewel een kleiner deel van de schizofrene patiënten in Zuid-Verona tenminste éénmaal werd opgenomen (de helft) in vergelijking met het Groningse cohort (drie kwart) ondersteunt deze bevinding de door verschillende onderzoekers geuite stelling dat ook in een zorgsysteem dat erop is gericht de ernstig psychiatrisch gestoorde patiënt zoveel mogelijk in de gemeenschap te integreren zoals in Zuid-Verona, toch ook tijdelijke isolatie door middel van intramurale zorg noodzakelijk blijft. Desondanks ondersteunen de resultaten van dit onderzoek de opvatting dat de duur van opnamen aanzienlijk kan worden bekort, mits continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Zoals eerder opgemerkt, is daarvoor sectorisatie en integratie van de zorg een noodzakelijke voorwaarde. Hoewel ook in Nederland de zorg in deze richting tendeert, biedt het huidige gefragmenteerde systeem van onafhankelijk van elkaar werkende instellingen daarvoor nog onvoldoende voorwaarden. In het laatste hoofdstuk wordt deze stelling verder onderbouwd en worden enkele recente ontwikkelingen (Multi-functionele Eenheden; de markt gerichte oriëntatie) besproken. Tevens komt daarin aan de orde welke rol een casus register in de evaluatie van een zorgsysteem in ontwikkeling kan spelen, waarbij ook veranderingen in het register zelf niet achterwege kunnen blijven. Een recent ontwikkelde classificatie van de zorg (de WHO-ICMHC) is in dit kader een belangrijk instrument. Voorts laten we enkele belangrijke lopende onderzoeksprojecten, met name in Engeland (TAPS; PRISM), de revue passeren en wordt tenslotte aan de hand van een eenvoudig voorbeeld (een MARKOV model) kort stilgestaan bij het voorspellen van toekomstig zorggebruik op grond van register gegevens.